

折口内科医院 問診票 ※わかる範囲で記入または○をお願いします。

フリガナ

1: 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

2: 紹介状をお持ちですか？ (いいえ・はい → 受付に紹介状をお渡してください。)

3: 本日来院された理由について。

いつから、どのような症状がありますか？ \_\_\_\_\_ 頃より

熱がある	せきがある	タンがでる	鼻水・鼻づまり	のどが痛い
ぜんそく	息が苦しい	胸が痛い	食欲がない	息切れがする
吐き気・おうと	お腹が痛い	下痢・便秘	体重が減る	どきどきする
血圧が高い	関節が痛い	その他( _____ )		

健康診断で精密検査・再検査の判定となった \_\_\_\_\_ 健康診断を受けたい \_\_\_\_\_ 禁煙したい \_\_\_\_\_  
癌治療希望 \_\_\_\_\_ 癌緩和ケア希望 \_\_\_\_\_ 訪問診療希望 \_\_\_\_\_ 在宅ホスピス希望 \_\_\_\_\_ 予防接種希望 \_\_\_\_\_

4: 当院を受診される前に、他の医療機関を受診されましたか？ (いいえ・はい)

\_\_\_\_\_ 病院／診療所

5: 現在お飲みになっている薬はありますか？ (お薬手帳、説明文書を御持参頂ければ記入は結構です)  
(いいえ・はい)

薬の種類・名前( \_\_\_\_\_ )

6: ふだん治療中の病気はありますか？ どこに通院されていますか

(なし・あり)

(病名 \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ 病院／診療所)

7: 過去に病気や手術がありますか？

(なし・あり)

( \_\_\_\_\_ 年頃・( \_\_\_\_\_ 歳頃)

( \_\_\_\_\_ 年頃・( \_\_\_\_\_ 歳頃) \_\_\_\_\_ )

8: 喘息(あり・なし)、花粉症・アレルギー性鼻炎(あり・なし)、アトピー性皮膚炎(あり・なし)

9: 薬や食品のアレルギーがありますか？

なし・あり( \_\_\_\_\_ )

10: 喫煙・飲酒はされますか？ タバコ 1日 \_\_\_\_\_ 本、お酒 週 \_\_\_\_\_ 日

11: ペット なし・あり( \_\_\_\_\_ )

12: 職業 ( \_\_\_\_\_ )・ホコリを吸い込むような仕事ですか(はい・いいえ)

13: 女性の方のみ: 妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)、授乳中ですか？ (はい・いいえ)